Идея написания данной статьи появилась после просмотра недавнего выступления одного из докладчиков на симпозиуме по книге А. Смулянского “Метафора отца и желание аналитика”. В очередной раз была затронута тема, т.н. новой истерии, перед которой не должно пасовать аналитику в угоду желанию поддаться соблазну сосредоточить свои профессиональные чаяния на субъектах, отмеченных большей степенью “поврежденности” — психотиках и аутистах. В попытках ответить на вопрос слушательницы о том что же из себя представляет новая истерия в клинике — автор доклада воспользовался приемами риторики сугубо апофатическими: классический конверсионный симптом сдает свои позиции, мы больше не увидим “истерической дуги”, и прочая, и прочая (с чем, безусловно, трудно поспорить). Несмотря на общий высокий уровень доклада и стройность мысли автора, ответ на вопрос что именно сегодняшний аналитик видит на месте ушедшей со сцены конверсии представляет собой некоторое неудобство, которое предпочтительней обойти стороной.

Причины проявления подобной неожиданной деликатности в высказывании достойны стать поводом для отдельной рефлексии в профессиональной среде. Именно рефлексии, поскольку такой способ говорить о предмете не нов и уже успел стать общим местом, формулой, которой аналитики пользуются как только покидают уютную гавань рассуждений о случаях Доры, Анны О. и гомосексуальной пациентки Фрейда.

Более интересной представляется мысль упомянутого выше А. Смулянского, который рассматривает истерическое измерение феминистского дискурса, в частности третьей и четвертой волны, то есть непосредственно то, что можно наблюдать здесь и сейчас. Однако точные и ёмкие наблюдения Смулянского ориентированы скорее

социально-культурологически, нежели клинически. В конечном итоге, создается ощущение, что покинув субъекта, истерия миазмами разлилась в политической сфере, подобно бесам, вышедшим из бесновавшегося и потонувшим в озере в Евангелие от Луки. Молодой аналитик не способен вооружиться подобными теоретическими конструкциями в своей практике и как бы то ни было использовать в кабинете. Впрочем, очевидно, что такой задачи Смулянский не ставил изначально.

В свете вышеизложенного, не менее интересным видится и выученное пренебрежение, доходящее до отрицания, когда добросовестный лаканист держит речь о некоторых клинических единицах из МКБ и DSM. Под раздачу, как правило, попадают Пограничное и Нарциссическое расстройство личности. Несмотря на то, что оба документа едва ли способны выдержать более-менее вдумчивую критику, тот характерный скепсис, с которым аналитик отвергает саму возможность сделать какое-либо умозаключение об этих расстройствах — кроме как немедленно отправить их в отставку — вызывает вопросы.

Возможно, виной тому не психиатрические справочники, а откровенно слабая концептуализация ПРЛ в не-лакановском психоанализе. Кернберг, один из основных теоретиков пограничности, объясняет этот феномен более глубоким регрессом и диффузией идентичности. Подобного рода аргументация становится профессиональным аллергеном по мере того как аналитик напитывается критикой эго-психологии Лакана.

Те из авторов, кто все же готов говорить о предмете, зачастую склонны приравнивать ПРЛ к ординарному психозу. Вероятно, эта практика обоснована все еще популярным подходом Ринкера, который рассматривал пограничность в качестве береговой линии между неврозом

и безумием. Отсюда призывы “не бояться ставить психоз”. Такая превратно понятая “готовность иметь дело с психозом” парадоксальным образом сближается с ходом мысли эго-психолога Сюзанны Рейхард, провозгласившей Анну О и Эмми фон Н. шизофрениками в силу обширности и тяжести их симптоматики.

Количественный подход, ориентированный на измерение степени тяжести симптомов, с трудом уживается с логикой структурообразования субъекта — чем-то приходится поступаться. Однако, даже если мы признаем возможную правомерность опоры на симптом, в обход структуры — отождествление пограничности и ординарного психоза выглядит еще более странным.

Миллеровский концепт ОП, по большому счету, отсылает нас к неразвязанному психозу Лакана. Если клиницист по какой-то причине находит уместным оперировать понятием ОП, предполагается, что он имеет в виду следующее: отсутствие у психотического субъекта позитивной симптоматики (элементарные феномены, галлюцинации, бред) и едва заметные признаки форклюзии Имени-Отца. Иными словами, такой психотик продуцирует минимальное количество симптомов и менее всего походит на безумца. Дело обстоит ровно противоположным образом в клинике ПРЛ с его фейерверком болезненных аффектов и импульсивных отыгрываний.

Продолжая линию аргументации с опорой на симптом, мы можем воспользоваться все тем же МКБ, где, собственно, список симптомов и представлен. Таким образом, когда речь идет о клинике ординарного психоза, уместней отождествить ОП с хорошо изученным шизоидным расстройством личности. Дифференциальная диагностика шизоидного и пограничного РЛ едва ли вызовет серьезные

трудности у опытного психиатра — у них нет практически ничего общего.

Хотя структурный подход к субъективности радикальным образом порывает с психиатрическим медикалистским дискурсом — нет ничего “неаналитичного” в том, чтобы попытаться концептуализировать некоторые РЛ в оптике лакановского психоанализа.

Так, рассматривая характерные манифестации ПРЛ, мы можем столкнуться с почти платоновским припоминаем. Хорошо известно, что “пограничник” склонен саботировать значимые в контексте его истории события будь то окончание учебного заведения или вступление в брак. Не менее достоверно известно и то, что истерик — это тот, кто склонен обманывать и обманываться в отношении своего желания: желание это конспирируется, ему вставляются палки в колеса, Другой должен быть пущен по ложному следу, пока истерик играет в дезертира, оберегая свою неудовлетворенность.

Присущие “пограничнику” проблемы с идентичностью удивительным образом напоминают свойственную истерику чехарду идентификаций с другими, также как и истерик, затронутыми вопросом желания.

Расхожее в поп-психологии понятие Favourite Person — фигура, которой какое-то время одержим пограничный, после чего она же вероломно сбрасывается в жернова обесценивания — что это как не Господин истерика? Господин, избранный субъектом, только для того чтобы быть кастрированным.

Склонность к эксгибиционизму (в том числе в формате oversharing), обольстительность, гомосексуальность,

оральный эротизм, эмоциональная лабильность — узнаваемый почерк пограничных-истериков.

Также как и в случае истерии, ПРЛ со значительно большей частотой встречается среди женщин. И подобно тому как в период после Первой мировой войны клиницисты ломали копья в спорах о том является ли военный невроз вариантом истерии (паралич, кошмары, мутизм, тремор), современные исследователи подчеркивают схожесть в проявлении ПТСР и ПРЛ, вместе с необходимостью их дифференциации.

Исследование 2005 года выявило связь между склонностью субъекта подавлять мысли и тяжестью симптомов при ПРЛ. Иными словами, чем большее количество материала вытеснено и невербализованно, тем более обширными будет симптомокомплекс. За смехотворной очевидностью данного тезиса можно разглядеть кое-что ещё — “пограничник” преимущественно использует невротические защиты, он не форклюзирует.

Частым спутником расстройства становится self harm, обычно самоповреждение представлено множеством небольших порезов на коже. Этот феномен не часто рассматривается в аналитическом ключе. А. Юран в своей статье “Почему кожа?” связывает порез со смещенной кастрацией, которую не удалось произвести с объектом *a* в той или иной его модальности. Подобная интерпретация намекает на психотический механизм самоповреждения.

Более обоснованной видится мысль автора канала Gonzo psychoanalysis, который объясняет нанесение пореза смещенным коитусом. Действительно, субъект, склонный к self harm, отмечен особенной стыдливостью по отношению к своим порезам — им не должно быть доступными постороннему глазу (разве что глазу того или той, кто в

подобном ущербе “виновен”). Эти порезы обычно наносятся в ответ на неразрешимые конфликты и кризисы в личных ситуациях, когда “страстное примирение” невозможно, либо в состоянии реальной или воображаемой отверженности и изоляции. Таким образом, порез имеет все признаки симптома в его отношении с Другим. Сам процесс нанесения пореза говорит о его пенетрационном характере.

В то время как, смещенная кастрация скорее отсылает к отрезанию — вспомним висящий на волоске палец человека Волка. Брутальные акты самоповреждения психотика в пределе доходящие до самооскопления едва ли имеют что-то общее с осторожными разрезами, которые по свидетельствам самих субъектов, не имеют цели “покончить со всем этим”, но помогают свершиться разрядке, снижают психологическую боль.

Судя по всему, всеобщий алармизм и презумпция психоза, имеют скорее социально-критические нежели аналитические истоки. Провозглашенная повсеместная форклюзия Имени-Отца связывается с деградацией института отцовства и, следовательно, с возрастанием количества психотических анализантов в наши темные времена. Это противоречит мысли самого Лакана, для которого отцовскую функцию может выполнить буквально любая воспитывающая фигура, поскольку функция эта сугубо Символическая. Ушедший из семьи отец, едва ли способен стать поводом к структурализации субъекта по психотическому типу. Так же как и участливый и содействующий в воспитании ребенка отец не способен защитить чадо от психотизации.

Вероятно, уход отца ставит под вопрос желанность появления ребенка на свет. Даже если если он способен закрепиться в поле желания матери (или любого другого

родственника), сама возможность не-желанности, придает истерическому субъекту, как субъекту к желанию Другого особенно чувствительному, меланхолическую окрашенность. Отсюда и известная сложность, с которой сталкиваются врачи-психиатры в “выборе диагноза” между биполярным аффективным расстройством и ПРЛ. Суицидальность, как попытка уйти со сцены Другого, идентификация с отбросом — есть следствие невозможности “полноправно” закрепиться в поле желания. Именно это мы и наблюдаем в клинике новой истерии сегодня.